



EDITORIAL

Papel de los profesionales de la atención primaria en el manejo de la sarcopenia



Role of primary care professionals in the management of sarcopenia

Rosa Monteserín^{a,*}, Helen Clare Roberts^b y Avan Aihie Sayer^c

^a Eap Sardenya-IIB Sant Pau, Barcelona, España

^b Academic Geriatric Medicine, University of Southampton, Southampton, United Kingdom

^c MRC Lifecourse Epidemiology Unit, University of Southampton, Southampton, United Kingdom

Recibido el 26 de enero de 2014; aceptado el 25 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 10 de septiembre de 2014

La sarcopenia fue definida por primera vez en 1989 por Irwin H. Rosenberg como la pérdida involuntaria de masa y fuerza muscular asociado a la edad.

Con posterioridad, varios han sido los esfuerzos para llegar a una definición y a unos criterios diagnósticos, y no fue hasta el año 2010 cuando el *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP), que incluía representantes de la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica, de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo, de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria-Región Europea y de la Asociación Internacional de Nutrición y Envejecimiento, que por consenso, llegó a definir a la sarcopenia como «un síndrome caracterizado por una progresiva y generalizada pérdida de masa y fuerza muscular esquelética con riesgo de resultados negativos como discapacidad física, peor calidad de vida y muerte»¹.

La sarcopenia es común en la población anciana, con una prevalencia entre el 9 y el 18% en mayores de 64 años y entre el 11 y el 50% en personas mayores de 80 años².

El impacto sanitario que tiene la sarcopenia es importante y no tan solo en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad, sino también en relación con el gasto sanitario. Así, en el año 2000 en Estados Unidos se estimó unos

costes directos relacionados con la sarcopenia de 18,5 mil millones de dólares³.

Entre los factores de riesgo asociados con la presencia de sarcopenia, hay que destacar la edad avanzada. Con el envejecimiento, como proceso biológico natural, hay una pérdida de masa y fuerza muscular como resultado de una interacción de varios factores: cambios intrínsecos en el músculo (disminución del número de fibras musculares, preferentemente del tipo II y daño en el ADN mitocondrial), cambios en el sistema nervioso central (disminución del número de motoneuronas alfa del asta anterior de la médula espinal) y cambios hormonales (descenso de hormonas anabólicas como testosterona, estrógenos, descensos en la hormona de crecimiento y aumento de distintas interleucinas). Otros factores asociados son el género, los bajos niveles de actividad física, una nutrición inadecuada, la presencia de comorbilidades y el bajo peso al nacer^{2,4}.

La sarcopenia juega un papel determinante en la fisiopatología de la fragilidad, predispone a las caídas, al deterioro funcional, a la discapacidad, al uso de recursos hospitalarios y sociales, a una peor calidad de vida y, finalmente, a la muerte⁵.

El tratamiento de la sarcopenia se basa fundamentalmente en el ejercicio físico (ejercicios de resistencia) y la nutrición (mejorando el consumo diario de proteínas). En la actualidad, existe un creciente interés por diferentes intervenciones farmacológicas, pero la evidencia actual sobre el beneficio de algunos fármacos específicos es limitada⁵.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat (R. Monteserín).

La sarcopenia tanto por su impacto clínico, social o económico es objeto de debate y estudio por diferentes profesionales sanitarios, particularmente por aquellos procedentes de los ámbitos de la investigación y de la geriatría, pero, ¿cuál es el papel de los profesionales de la atención primaria? ¿Por qué no estamos más presentes en los foros científicos de discusión sobre la sarcopenia?

Las consecuencias de la sarcopenia en personas mayores son graves y los profesionales de la atención primaria nos encontramos en un lugar privilegiado para la detección, evaluación y tratamiento de estos pacientes. Por ejemplo, no es infrecuente encontrarnos en el día a día de las consultas de atención primaria a pacientes que presentan dificultades para las actividades de la vida diaria, historia recurrente de caídas, hospitalizaciones recientes o la presencia de enfermedades crónicas asociadas a una pérdida de fuerza y masa muscular.

La EWGSOP ha desarrollado un algoritmo diagnóstico basado en la velocidad de la marcha, con un punto de corte de más de 0,8 m/s y la fuerza de aprehensión como identificador de riesgo de la sarcopenia. Ambas herramientas son sencillas, coste-efectivas y de fácil aplicación en la atención primaria^{1,6}, aunque el acceso, por ejemplo, a la absorciometría por energía dual de rayos X (DXA) para evaluar la masa muscular puede ser más problemático.

Con el objetivo de prevenir o retrasar la aparición de la sarcopenia, los profesionales de la atención primaria tenemos un papel clave, en primer lugar, deberíamos considerar siempre su posibilidad y como consecuencia de ello, iniciar y desarrollar estrategias terapéuticas basadas en fomentar

cambios en aquellos estilos de vida no saludables, en promover la práctica del ejercicio físico (fundamentalmente ejercicios de resistencia que mejoran la masa y fuerza muscular, el equilibrio y la resistencia) y establecer estrategias dietéticas adecuadas a su edad (adecuada ingesta diaria de proteínas).

Así mismo, tampoco deberíamos renunciar a participar o liderar proyectos de investigación sobre la sarcopenia con el objetivo de encontrar formas eficaces de prevenir y manejar este problema desde la atención primaria.

Bibliografía

1. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39:412–23.
2. Morley John E. Sarcopenia in the elderly. *Family Practice*. 2012;29:i44–8.
3. Janssen I, Shepard DS, Katzmarzyk PT, Roubenoff R. The health-care costs of sarcopenia in the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:80–5.
4. Sayer AA, Syddall HE, Gilbody HJ, Dennison EM, Cooper C. Does sarcopenia originate in early life? Findings from the Hertfordshire cohort study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:M930–4.
5. Sayer AA. Sarcopenia. *BMJ*. 2010;341:c4097.
6. Roberts HC, Denison HJ, Martin HJ, Patel HP, Syddall H, Cooper C, et al. A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: Towards a standardised approach. *Age Ageing*. 2012;40:423–9.